

Ein Beitrag
zur Paranoiafrage

Walter Jaesche

Aus der Nervenlinik der Universität München
Direktor: Professor Dr. K. K o l l e

EIN BEITRAG ZUR PARANOIAFRAGE

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Walter J a e s c h e

aus

Mindelheim

München

1958

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent: Professor Dr. K. K o l l e

Dekan: Professor Dr. W. B ü n g e l e r

Tag der mündlichen Prüfung: 28.1.1958

Die Anfänge der psychiatrischen Nosologie sind eng mit der Entwicklung des Krankheitsbildes "Paranoia" verknüpft. Verstand die Psychiatrie des vorigen Jahrhunderts unter Verrücktheit nur den sekundären Teilabschnitt im Verlauf einer Geistesstörung, der im Gegensatz zu Manie und Melancholie die Funktionen der Verstandestätigkeit betraf, so wurde durch Untersuchungen von S n e l l und S a n d e r eine eigene, primäre Krankheit des Verstandes als "Verrücktheit" herausgestellt. 1863 verwandte K a h l b a u m erstmalig die Bezeichnung "Paranoia" für die in dem Bereich der Verstandestätigkeit sich abspielenden Formen der Geisteskrankheit.

Nach Angaben im K r a e p e l i n'schen Lehrbuch machte zur damaligen Zeit die Zahl der Paranoiker in den Irrenanstalten 60, ja bis 70 und 80% der Kranken aus.

K r a e p e l i n war es, der sich entschloß, "zunächst die sich ganz schleichend entwickelnden und nicht zu ausgesprochenen psychischen Schwächezuständen führenden Formen als Paranoia im engeren Sinne von den übrigen abzutrennen" Den Rest der "paranoiden Erkrankungen" gliederte K r a e p e l i n als paranoide Form der Dementia praecox an. Später sah er sich allerdings veranlaßt, wegen der abweichenden Gestaltung ihrer Endzustände einige Gruppen paranoider Erkrankungen unter der Bezeichnung "Paraphrenie" von den paranoiden Verlaufsformen der Dementia praecox abzutrennen. Diese Paraphrenie zeige einen stetig, wenn auch langsam fortschreitenden Verlauf, der den Wahn allmählich immer abenteuerlicher gestalte. Sinnestäuschungen und üppige Größenideen träten hinzu, so daß der Paraphrene nicht in die gleiche Krankheitsgruppe wie der "geordnete, umgängliche meist sogar erwerbsfähige Paranoiker eingeordnet werden könne."

Im wesentlichen ist die Fragestellung bis heute die gleiche geblieben. Zweck vorliegender Arbeit ist es, einmal die Häufigkeit der Paranoiker unter den Kranken einer modernen Nervenklinik fest-

zustellen. Besonders aber geht die Frage dahin, ob nach den mannigfaltigen Umformungen und Einengungen, die die Krankheitseinheit Paranoia seit K r a e p e l i n durchgemacht hat, und die bis zu ihrer vollständigen Auflösung geführt haben, sich ihre Aufrechterhaltung aus den heutigen klinischen Bedürfnissen überhaupt noch rechtfertigt. Dazu ist es notwendig, auf diese Umänderungen des Begriffs Paranoia in den letzten fünfzig Jahren einzugehen.

II

In seinem Gutachten über den Fall des Hauptlehrers Wagner beschreibt G a u p p 1914 die Paranoia als eine aus der Persönlichkeit allmählich herauswachsende Form geistiger Störung, die auf dem Boden der Entartung wächst. Die krankhafte Veranlagung mache sich schon lange vor Ausbruch des Wahns durch manche Zeichen bemerkbar.

K e h r e r, der sich der K r a e p e l i n'schen Paranoiadefinition im wesentlichen anschließt, analysiert die Entstehung dieser Krankheit aus dem Erleben einer Dauereinstellung des Persönlichkeitskerns auf einen unlösbaren inneren Konflikt von altersphysiologischer Gesetzmäßigkeit. "Hat dieser innere Konflikt eine bestimmte Schärfe und Tenazität erreicht, so wird irgend ein Außenerlebnis zum auslösenden Erlebnis umgedeutet, das an und für sich nur das subjektive Schlußglied in der Kette des Wahnbeweises darstellt. Die innere Spannung ist so groß (Beziehungssüchtigkeit), daß jedes objektiv noch so harmlose, aber assoziativ auch nur entfernt mit dem katathymen Komplex verknüpfte Ereignis gegebenenfalls als Wahnbeweis - Erlebnis dienen kann." Die darin liegende Selbsttäuschung der Wertung sei folgende: Wie das Ich sich mit den eigenen Augen bewerte, so bewerte es sich durch die Brille der Umwelt. So bilde eine typische Selbstüberschätzung die Wurzel aller Paranoia. Auch für E u g e n B l e u l e r bleibt die Paranoia Sonderform einer Psychose, wenn auch mit dieser Bezeichnung zunächst nur ein Syndrombegriff gemeint ist, während W e r n i c k e die Schwierigkeit erkennt, die von ihm untersuchten Wahnkranken unter

der einheitlichen Krankheitsbezeichnung Paranoia zusammenzufassen. Vor allem K r e t s c h m e r ist es dann, der die klassische Paranoia aus Charakter, Milieu und Erlebnis erklärt und sie somit als Sonderform einer endogenen Erkrankung aufzulösen versucht. Mit K r e t s c h m e r, der einen nachhaltigen Einfluß auf das Denken der meisten Forscher ausgeübt hat, haben wir uns zunächst zu beschäftigen. K r e t s c h m e r schildert mit erheblicher Genauigkeit den sensitiven Beziehungswahn und den inneren Gegensatz des Sensitivparanoikers zum Expansiv- oder Kampfparanoiker (= Querulanten). Es wird unterschieden zwischen paranoischer Wahnsystembildung und paraphrener Wahnsystembildung, der besonnenen Wahnbildung endogener Prozesse. Die Frage, wie weit der praemorbide Charakter auch bei "Prozessen" für die formale Gestaltung des Krankheitsbildes von Bedeutung sei, verweist K r e t s c h m e r in das Gebiet psychiatrischer Symptomatik. Ein Problem der psychiatrischen Ursachenlehre sei es, inwieweit bestimmte Charaktere die prognostische Möglichkeit einer Prozeßerkrankung in sich trügen.

Zur Frage Entwicklung oder Prozeß, seit J a s p e r s ' Aufsatz aus dem Jahre 1910 Kernfrage des ganzen Paranoiagebietes - offenbar angesichts dieses Problems schreibt K e h r e r 1922, "alle Zweifel der modernen Psychopathologie haben fast nur einen Sinn: in Bezug auf die Paranoia" - äußert sich K r e t s c h m e r zurückhaltend; bei der formalen Genese schizophrener und paraphrener Vorstellungsinhalte spielten Komplex- und katathyme Mechanismen eine entscheidende Rolle. Entwicklung und Prozeß könnten hintereinandergeschaltet sein und zwar so, daß das reaktive Geschehen das seelische Gleichgewicht bis zu einem Grade erschüttere, der die Entstehung des Prozesses ermögliche. Nach kausalen Aspekten könne man sich Entwicklung und Prozeß aber auch nebeneinander geschaltet denken, etwa in der Form, daß die psychische Konstitution eines Kranken zu reaktiv psychopathischen Erkrankungen neige, während seine biologische Veranlagung zu Prozessen tendiere. K l e i s t spricht in diesem Zusammenhang von reaktiv und autochthon labiler Konstitution.

In einer späteren Auflage fordert K r e t s c h m e r die Erschließung des Paranoikers mit einer in die Tiefe dringenden Strukturanalyse im

Sinne einer mehrdimensionalen Diagnostik aller in das Gesamtbild eingehenden Kausalkomponenten und ihres gegenseitigen dynamischen Verhältnisses. Als Kausalkomponenten seien in diesem Sinne relevant: endogene Kraftfelder und psychisch reaktive Kraftfelder. K r e t s c h m e r stellt fest, es sei nicht adaequat zu fragen, ist dies eine psychisch reaktive Entwicklung oder beispielsweise ein schizophrener Prozeß; es müsse vielmehr gefragt werden, "wie groß ist an dieser Veränderung der persönlichen Haltung der Anteil endogener, wie groß der psychogener Faktoren? Welcher Anteil ist zu Beginn und jetzt und vielleicht später der gleitende, bewegte, dynamisch aktive? Welcher hat die paranoische Veränderung in Gang gebracht und geführt und ist vielleicht jetzt zur Ruhe gekommen?" Seine Ansicht geht also dahin, daß, je schwerer und dauerhafter eine paranoische Entwicklung sei, man desto mehr daran denken müsse, daß Schwankungen und Rutschungen im endogenen Untergrund ihr den Boden bereitet hätten. Hier seien aber nicht nur die leichten schizophrenen Randgebiete zu beachten, sondern die Pubertätskrisen sowie die blanden Vitalitätsverluste, die im Laufe des Lebens irgendwann durch vegetative und endokrine Umstellungen einträten, ferner die gedehnten, unmerklichen, submanischen und subdepressiven Flachwellen von jahrelanger Dauer.

Hinzu kommt K r e t s c h m e r s Forderung, die Sexualkonstitution unter den endogenen Faktoren stets selbständig für sich zu analysieren, die zeitweise stabil, zu anderen Zeiten jedoch gleitend und hochwirksam sein könne. Die bedeutende Rolle, die gerade dieser bei der Entstehung der Paranoia zukommt, wurde immer wieder festgestellt; sie findet sich auch an den eigenen Ergebnissen bestätigt.

"Hier verliert dann die Unterscheidung 'endogen' und 'psychogen' ihren Sinn, weil heftige Triebstauungen und triebhafte Krisen zweierlei Aspekte haben", einmal wichtige psychisch reaktive Faktoren im Verhältnis zu Umwelt und Partner darstellten, zum anderen ihnen aber körperliche und endogene Aspekte in ihren vegetativ-humoralen Begleitvorgängen und der spezifischen Triebanlage mit ihren Varianten und Ambivalenzen eigneten.

"Ein schwerer sexualpsychologischer beziehungsweise sexualethischer Seelenkonflikt kann daher ohne weiteres über eine enorme Triebstauung mit ihren vegetativ-~~endokrinen~~ Hintergründen bei Veranlagten einen schizophrenen Prozeß in Gang bringen. Dieser läuft dann nach seinen eigenen Gesetzen weiter. Oder der Sexualkonflikt bringt "nur" eine Rutschung im Untergrund der Persönlichkeit hervor, die bald gestoppt wird, aber die Persönlichkeit reagiert nun auf ihre psychogenen Komplexe mit leicht veränderter Arbeitsweise des Apparates."

Wenn im eigentlichen, engeren Paranoiagebiet schizophrenieartige Mechanismen mitspielen, so kann es sich nach K r e t s c h m e r s Ansicht nur um leichtere Äquivalente und Randformen handeln. Denn systematisierte und um einen realen Erlebniskern zentrierte Wahnformen seien ja nur bei unzerstörter Persönlichkeit möglich. Jede Vollschizophrenie zerstöre den Persönlichkeitskern so schnell, daß auch die Wahnbildungen in ungeordnete Trümmerstücke zerfielen. So könne sich, von der endogenen Seite her gesehen, eine paranoische Reaktion oder Entwicklung entweder aufbauen auf einer stabilen, nervösen Persönlichkeit von besonderer Charakterstruktur, oder bei denselben charakterologischen Voraussetzungen auf verschiedenartigen (also nicht nur schizophrenen) leichteren Rutschungen oder Schwankungen des endogenen Untergrunds, oder letzten Endes auf den noch kompensierten Initialstadien einer später zerfallenden Schizophrenie.

In diesem Lichte erscheint die Eingliederung des Krankheitsbildes Paranoia in das psychiatrische Krankheitsschema schließlich als eine Frage der Pathopsychologie. Erweist sich, daß die Erlebniswelt des Paranoikers einfühlbar, nacherlebbar ist, so ist auch der echte Paranoiker - und nicht nur der "paranoide Psychopath" - kein "Kranker" im engsten körperlichen Sinn. Gelingt es nicht, den Patienten zu "verstehen", seine Wahnwelt "aus Motiven zu erklären", so muß es sich um eine endogene Psychose handeln. Dieser auf die Spitze getriebenen Fragestellung wird viel von ihrer Schärfe genommen, wenn man, wie K o l l e in seiner 1931 erschienenen Monographie "Die primäre Verrücktheit", sich kritisch mit diesen Erkenntnisquellen psychiatrischer Forschung, dem Verstehen und dem Erklären, im Hinblick auf die

Paranoiafrage auseinandersetzt. Fußend auf B i n s w a n g e r s Formulierungen, beim "Erklären aus Motiven" handle es sich um die "Übereinstimmung der Erlebniszusammenhänge mit einem Typus oder einer Norm", bekennt sich K o l l e zu der Ansicht, daß die Psychiatrie beim "Verstehen" stets nur dieses "Erklären aus Motiven" im Auge haben kann. Damit sei freilich nicht ausgeschlossen, daß sie nicht auch gelegentlich Interesse daran haben könne, in einem konkreten Fall zu prüfen, in welchem Umfang hier ein echtes psychologisches Verstehen möglich sei: ein Erfassen, daß "eine Person zu einem Erlebnis auf Grund des Gehaltes eines anderen in einer idealen Beziehung bestimmt werde, nämlich im Hinblick auf seine Übereinstimmung mit einer apriorischen oder idealen Vernunftgesetzlichkeit" (B i n s w a n g e r).

Wenn K o l l e das Problem damit auch ganz wesentlich eingengt hatte, so lag doch in der Anwendung des Motiverklärens auf die Pathopsychologie eine erhebliche Schwierigkeit. "Denn", so drückt K. S c h n e i d e r das gleiche Problem aus, das Erklären aus Motiven "ist eben trotz weitgehendem Gemeinsamen subjektiv und relativ. Gerade da, wo es darauf ankommt, wird sich das Subjektive und Individuelle dieses Verstehens" (dieses "Erklärens aus Motiven") "störend bemerkbar machen

K o l l e faßt nach genauer Analyse die grundsätzlichen Schwierigkeiten in der Paranoiafrage so zusammen: "Ganz abgesehen vom echten psychologischen Verstehen, das aus unseren Überlegungen ausgeschaltet wurde, ist auch das Erklären aus Motiven ein derart unsicheres Verfahren, daß diesem rein empirischen Verfahren keine Evidenz zugestanden werden kann. Ist man daher in der Psychopathologie genötigt, auf das Erklären aus Motiven zurückzugreifen, so darf damit nicht der Schein aufrecht erhalten werden, als liege hier nur eine durch die Besonderheiten des Seelischen selbst bedingte Sonderanwendung des echten kausalen Erklärens (im strengen naturwissenschaftlichen Sinne) vor. Das Bemühen muß daher darauf gerichtet sein, die krankhaften Abänderungen der seelischen Akte selbst zu bestimmen."

Die von J a s p e r s in die Psychiatrie eingeführte und von ihm selbst als phänomenologisch bezeichnete Methode war in dieser Richtung

erfolgreich. Die Überlegungen über den Wahn führten zur Abtrennung der "wahnhaften Ideen" von den "echten Wahnideen", von denen nur die letzteren, da sie "psychologisch nicht zurückzuverfolgen, phänomenologisch etwas Letztes" sind, in den Bereich "Paranoia" fallen.

Auch G r u h l e trennt 1922 den "primären, unableitbaren" Wahn scharf von der überwertigen Idee der konstitutionell mißtrauischen Psycho-
pathen ab. Kennzeichen des uneinfühlbaren Wahns seien die primäre Be-
wußtheit und das Bedeutungserlebnis. Erstmalig spricht G r u h l e 1929
davon, daß die noch gar nicht inhaltsgebundene Wahnfunktion abnorm
sei, nicht aber Komplexe, Wünsche und Affekte, denen nur für den
Wahnhalt Bedeutung zukomme. Aufbauend auf den Erkenntnissen von
C. N e i ß e r (1891), wonach die krankhafte Eigenbeziehung Kern der
echten Wahnbildung sei, stellt G r u h l e die Beziehungssetzung ohne
Anlaß und das ebenfalls ohne Anlaß auftretende Symbol- oder Bedeu-
tungserlebnis in den Vordergrund. Diese im Wahn realisierten abnormen
Akte beantworten G r u h l e die Frage nach dem Wesen der Wahnbil-
dung.

Welche Konsequenzen ergaben sich aus diesen pathopsychologischen
Ergebnissen für die Klinik?

K o l l e findet an den von ihm bearbeiteten Paranoiafällen
G r u h l e s Ansichten bestätigt. Die schon von K r a e p e l i n ange-
führten Fälle von Beziehungswahn, die in K o l l e s Arbeit besondere
Berücksichtigung finden, werden geradezu als kasuistische Belege der von
G r u h l e herausgearbeiteten primären Wahnfunktion dargestellt.
K o l l e findet in diesen psychopathologischen Modellfällen Beziehungs-
setzung ohne Anlaß, Wahnverkennung (doppelte Orientiertheit), symboli-
sche Auslegungen, kurz "die gesamte Folge der Zeichen des unableitbaren
Wahns in typischster Ausprägung." Die Annahme einer spezifischen Wahn-
funktion ergibt sich für K o l l e aus der anders nicht lösbaren Frage,
warum - trotz Berücksichtigung aller "Paramomente", wie Veranlagung,
Erlebnis und Milieu - im Einzelfalle gerade Wahn entstehe. Konstellative
Momente eröffneten das Verständnis für die besondere inhaltliche Gestal-
tung des Wahns, die Zeit seines Auftretens, seinen Einbau in die Per-
sönlichkeit, für seine prognostische Valenz; doch sei der primäre Wahn

seiner Form nach psychologisch nicht weiter rückführbar. Aus konstellativen Momenten und biologischen Kausalfaktoren allein, ohne Zuhilfenahme einer neu hinzutretenden, am Symptom des primären Beziehungswahns erkennbaren Krankheit sei die Entstehung des Wahns nicht zu begreifen. "Die Meinungen werden hier so lange auseinandergehen, als die Anschauungen über die der formalen Wahnstruktur zugrunde liegende abnorme Funktion nicht allgemeine Gültigkeit erlangt haben."

An dieser Stelle seien ergänzend einige weitere, phänomenologische Forschungsergebnisse in der Paranoiafrage eingeschaltet. K. S c h n e i d e r führte den Begriff der "Wahnwahrnehmung" als den eines schizophrenen "Symptoms 1. Ranges" ein, von dem sich dann die "Wahneinfälle" (im Sinne von Wahnvorstellungen und Wahnbewußtheiten nach J a s p e r s) recht scharf abtrennen lassen. Festgehaltene Wahneinfälle nennt K. S c h n e i d e r "Wahngedanken", ebenso die aus Wahnwahrnehmungen festgehaltenen Meinungen. M a t u s s e k freilich vermag bei der Analyse der Wahnwahrnehmung, deren "erstes Glied" der intentionale Wahrnehmungsakt darstellt und deren zweites vom wahrgenommenen Gegenstand zur "verrückten Bedeutung" reicht, keinen Unterschied in der Struktur des Aktes eines normalen und eines psychotischen Bedeutungsbewußtseins zu erkennen. Dies würde im Einklang mit G r u h l e und K o l l e auf eine Störung des intentionalen Aktes als solchen, auf eine krankhaft veränderte Wahrnehmungsfunktion hinweisen. Die Analyse des von K o l l e zur Verfügung gestellten, umfangreichen Materials, von J a s p e r s als das größte Archiv von wirklich durchgearbeiteten, biographischen Krankengeschichten auf dem Gebiet der Paranoia bezeichnet, führte in Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Psychopathologie zu der Anschauung, daß die bei der Schizophrenie und bei der Paranoia beobachteten Wahnformen identisch seien. Daher K o l l e s nosologischer Vorschlag, "den nun einmal eingebürgerten Namen Paraphrenie für jene Fälle zu reservieren, welche K r a e p e l i n und seine Schule für die endogene Paranoia in Anspruch nahm." Damit wird unmißverständlich zum Ausdruck gebracht, daß man mit der Bezeichnung Paraphrenie nur die Heraushebung eines besonderen Typus der Schizophrenie vollzieht. Ob spätere Arbeiten sich K o l l e s Vorschlag anschließen, oder wie jüngst K. S c h n e i d e r und J a n z a r i k die alte Bezeichnung

Paranoia für diesen besonderen Typus schizophrener Prozesse gebrauchen, in jedem Falle wird die Sonderform einer Psychose ins Auge gefaßt, die sich auch heute nicht besser als mit K r a e p e l i n s eigenen Worten beschreiben läßt: "Die aus inneren Ursachen erfolgende, schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht."

III

Ich komme auf die eingangs erwähnte Fragestellung zurück. Inwiefern ist der rein paraphrene Kranke heute von klinischem Interesse, wenn man von den psychopathologischen Erwägungen über die Paranoia absieht, welche das psychiatrische Denken so sehr bereichert haben? Welche Rolle spielt der Paranoiker in der Praxis des modernen Psychiaters?

Zur Beantwortung dieser Frage machte ich es mir nach dem Vorbild K o l l e s zur Aufgabe, das Material der Münchener Nervenlinik eines bestimmten Zeitraumes, nämlich der Jahre 1953, 1954 und 1955, nach reinen Paraphreniefällen zu durchforschen. K o l l e hatte bereits vor 30 Jahren Untersuchungen über die Häufigkeit des reinen Wahnsyndroms angestellt, das bei Fehlen jedes weiteren psychopathologischen Symptoms auf dem Boden sonst völlig intakter Persönlichkeiten erwächst. Von K o l l e s Ergebnissen bei den 30.000 Patienten der Jahre 1914-1922, die K r a e p e l i n mit Hilfe von Zählkarten erfaßt hatte, wird noch zu berichten sein.

Die Zahl von 13.531 Patienten der von mir zu prüfenden Jahrgänge bot, wenn auch in verkleinertem Maßstab, so doch ein etwa vergleichbares Ausgangsmaterial.

Mit Hilfe der Registrierbände für die einzelnen Jahre, in denen auch die einzelnen Diagnosen verzeichnet sind, wurden zunächst alle Krankheitsgeschichten mit einer der folgenden Diagnosen erfaßt: Paraphrenie, Schizophrenie, paranoide Schizophrenie, Paranoia, paranoide Reaktion und

paranoide Entwicklung, sensitive Reaktion und sensitiver Beziehungswahn (Eifersucht-, Liebes- usw.) Wahn. Im Jahre 1953 waren es von 3048 männlichen Patienten 166, von 2014 weiblichen Kranken 231, die an einer dieser Erkrankungen litten. 1954 traf eine der angeführten Diagnosen auf 116 Männer (von 2544) und 162 Frauen (von 1730). 1955 auf 87 Männer (von 2455) und 147 Frauen (von 1750).

Diese Krankheitsgeschichten, die nun das engere Material für den zweiten Schritt der Untersuchungen darzustellen hatten, wurden einzeln durchgearbeitet. Der größte Teil dieser Krankenblätter konnte für die Suche nach Paranoiakranken außer Betracht bleiben; 21 Fälle schienen zunächst unter den Begriff Paraphrenie zu fallen. Sie waren durch folgende Diagnosen gekennzeichnet: Liebeswahn (1), paranoide Schizophrenie (1), Paraphrenie (2), Schizophrenie (4), Eifersuchtswahn bzw. Eifersuchtsparanoia (4), atypische endogene Psychose (1) und paranoide Reaktion, paranoide Entwicklung und paranoische Psychose (8).

Nachdem K o l l e diese Krankheitsgeschichten nochmals selbst überprüft hatte, blieben die folgenden 8 Fälle als endgültiges Ergebnis der Untersuchungen übrig.

IV

1. Sofie B a u m a n n ist 57 Jahre alt und bei der Bahn als Agentin tätig. Im Elternhaus streng erzogen, hatte sie es auf Grund ihres ehrgeizigen und empfindsamen Wesens im Leben nie ganz leicht. Schon das Kind fühlte sich in der Schule häufig zurückgesetzt und benachteiligt. Als Frau B. mit 31 Jahren heiratete, wurde die unglückliche Ehe bereits nach zwei Jahren wieder geschieden. In R., dem kleinen Ort im Allgäu, ist sie nie ganz heimisch geworden, doch fiel sie weder ihren Nachbarn noch im Dienst durch Andersartigkeit des Wesens auf. Vor einigen Jahren nun lernt Frau B. einen Mann kennen, von dem sie sofort weiß, daß er sie liebt. Es ist Liebe auf den ersten Blick. Seitdem beschäftigt sich ihr ganzes Sinnen mit diesem Mann. Sie sieht ihn auf der Straße, man tauscht Blicke des Einverständnisses, ja sie ist überzeugt, daß dieser

Mann sie heiraten möchte. Also ein Fall von Liebeswahn, der weiter ausgebaut wird, wenn Realität und Vorstellung zu offensichtlich voneinander abweichen: Wenn Frau B. nicht weiß, wer dieser Mann ist, wo er wohnt, und wie er heißt, so haben die Leute sie bei ihm verleumdet, um Kennenlernen und Heirat zu verhindern. Man unterschlägt ihr die Briefe des Geliebten, so daß Frau B. deren Herausgabe bei der Post verlangt. Als man allmählich auf sie aufmerksam wird, kommt es zur Einweisung in die Klinik. Hier ist die Kranke geordnet, bis auf den Wahn erscheinen Gefühls- und Verstandestätigkeit unversehrt. In der Gewißheit freilich, jener Mann liebe sie und wolle sie zu seiner Frau machen, ist Frau B. jeder Überredung unzugänglich. Sie wird schließlich wieder im gleichen Zustand entlassen, und auch die Nachforschungen nach ihrem späteren Schicksal haben gezeigt, daß Frau B. ihren Wahn bis heute nicht korrigiert hat.

2. Josef B a u e r n f e i n d , ein 46 jähriger Forstmeister, ist seit 28 Jahren verheiratet und Vater von 7 Kindern. Als dieser pflichtgetreue, lebensstüchtige Familienvater vor wenigen Monaten einmal überraschend nach Hause kam und seine Frau fortgegangen war, hatte er sofort den Verdacht, daß sie ihn mit dem Nachbarn betrüge. B. forschte diesem Verdacht auch unverzüglich nach, fand aber die Türe des vermeintlichen Rivalen verschlossen, so daß er, um sich Gewißheit zu verschaffen, vom Garten aus mit einer Leiter an dessen Fenster stieg. Daß der Nachbar allein im Zimmer saß und B., in die eigene Wohnung zurückgekehrt, nun auch seine Frau zu Hause vorfand, wußte er sich damit zu erklären, daß das Geräusch der Gartentür die beiden gewarnt haben müsse. Anstatt seine Eifersuchtsgedanken nun zu berichtigen, war B. von Stund an fest von der Untreue seiner Frau überzeugt und fand täglich neue Beweise dafür: Seine Frau wird immer magerer, hat ständig Ringe unter den Augen, tuschelt auf dem Gang mit dem Nachbarn und macht ihm Geschenke. Ja, in der Annahme, daß ihr außereheliches Verhältnis nicht ohne Folgen geblieben sei, läßt er seine Frau zwecks Feststellung einer Schwangerschaft untersuchen. B. kommt nun auch oft früher nach Hause, um die beiden zu überraschen und bricht schließlich die Beziehungen zu seinem Nachbarn ab. Auch bei diesem Kranken lassen sich weder Sinnestäuschungen noch Gefühls- oder formale Denkstörungen nachweisen. Intelligenz, Bewußtsein, Ich- und Zeiterleben sind intakt. Hier jedoch war die Behandlung erfolgreich; der

Patient distanzierte sich von seinem Wahnsystem und ist, wie die katamnестischen Erhebungen zwei Jahre später ergaben, inzwischen nicht mehr rückfällig geworden.

3. Erich Gruber, als Nachtpförtner in einem Druckereibetrieb tätig, ist 44 Jahre alt. Seine Frau leidet seit einem Jahr unter der krankhaften Eifersucht ihres Mannes. Damals war Frau Gruber zur Hochzeit ihrer Freundin gegangen, zu der auch Grubers Vorgesetzter eingeladen war. Als sie um ein Uhr nach Hause kam und von ihrem Mann zur Rede gestellt wurde, warum sie so übernächtigt und erschöpft aussähe, meinte sie, daß sie ja die ganze Nacht nicht geschlafen hätte. Da durchzuckt den eifersüchtigen Ehemann die Gewißheit, daß seine Frau ihn mit dem Vorgesetzten betrügt. Es wird ihm klar, warum er so oft Überstunden machen muß: In dieser Zeit ist seine Frau mit dem Nebenbuhler zusammen. Ja, er ist überzeugt, daß die beiden in der Nähe ein Zimmer gemietet haben, wo sie sich heimlich treffen. Wahnhafte Deutungen bereichern das Wahnsystem, illusionäre Verkennungen treten hinzu. So wie G. nachts vor dem verdächtigen Haus Posten bezieht, sieht er den Rivalen die Straße entlang gehen und zu dem heimlichen Treffpunkt emporblicken. Der Vorgesetzte erkennt ihn, verschwindet, und als bald darauf ein schwarzgekleideter Mann mit einem Schäferhund erscheint, ist dieser zu seiner Bewachung geschickt worden. Die Vergangenheit wird unter der wahnhaften Gewißheit umgedeutet. Es wird klar, warum seine Frau immer an den Samstagen arbeiten mußte, an denen er selbst frei hatte; er erinnert sich, daß sein Vorgesetzter früher schon "Stielaugen" nach seiner Frau gemacht hat und ist schließlich überzeugt, daß das Verhältnis bis ins Jahr 1950 zurückreichen müsse: Denn damals ist seine Frau so freundlich und liebevoll zu ihm gewesen, um ihn über das Verhältnis mit dem anderen hinwegzutäuschen.

Abgesehen von diesem, im Mittelpunkt von G.s Denken und Fühlen stehenden Wahnsystem, das selbst gründliche Psychotherapie nicht zu erschüttern vermag, macht er in der Klinik einen unauffälligen und geordneten Eindruck. Nach zwei Jahren berichtet der Hausarzt: "Grubers Zustand ist unverändert. Er ist periodenweise sehr schwierig, so daß Frau und Kinder in großer Sorge sind..."

4. Der 41 jährige, unverheiratete Beamte Hans F e r n s e m e r war in seiner Jugend ein umgänglicher, geselliger Mensch, freundschaftlichen Beziehungen zu anderen stets aufgeschlossen. Eine chronische Lungenkrankheit, bei der seine Atemluft schlecht riecht und er weiße, übelriechende Tröpfchen aushustet, macht ihm jedoch seit Jahren Schwierigkeiten im gesellschaftlichen Umgang; F. muß die Hand vor den Mund halten, wenn er mit anderen spricht und kann es doch nicht vermeiden, daß er seiner Umgebung lästig wird und daß man allmählich über ihn spricht. Er glaubt wenigstens in seinem Büro Bemerkungen zu hören, wie "hier stinkt's", gegen die er sich wehrlos fühlt. F. sucht eine Absicht in dem vermeintlichen Gerede der anderen Beamten über ihn, ohne sie selbst nach tagelangem Grübeln enträtseln zu können. So rückt F.s widerliches Leiden allmählich in den Mittelpunkt seiner Vorstellungswelt. Er gewinnt die Überzeugung, man treibe eine Nadelstichpolitik gegen ihn, und er beginnt, um seine Stellung zu fürchten. Dazu kommt, daß es F. jetzt des öfteren erlebt, wie Mädchen, mit denen er ausgeht, sich plötzlich abwenden, um sich bei nächster Gelegenheit zu verabschieden - offenbar, weil ihnen vor seinem schlechten Atem ekelte. So verliert F. langsam den Kontakt auch mit dem weiblichen Geschlecht und wird in der Wahl seiner Bekanntschaften immer anspruchsloser. Die flüchtige Beziehung zu einer recht primitiven Frau wird zu einem neuen, beschämenden Erlebnis für F., und als er wenige Tage später ein Brennen und Beißen an Stirn und Lenden spürt, glaubt er, die Frau habe Ungeziefer in sein Zimmer eingeschleppt. F. versucht, sein Zimmer mit Schwefel auszuräuchern und erregt damit bei den übrigen Mietern nicht geringes Aufsehen; F. hört sie untereinander reden: "Der spinnt vollkommen." Auch die Kollegen im Büro haben von seinem Fehltritt gehört und schauen ihn so eigenartig an. Als sein Chef ihn bald darauf zu sich bestellt und ihm eröffnet, er könne befördert werden, wenn er mit seiner Versetzung einverstanden wäre, glaubt F., man wolle ihn auf diese Weise loswerden. Der Argwohn gegen die Umgebung wächst. Nachdem F. eines Abends im Gasthaus gegessen hat, spürt er in der Nacht ein heftiges Glühen im Brustkasten, begleitet von zunehmendem Druck in der Schläfe und heftigem Herzklopfen. Er hat dafür die Erklärung, daß das Essen vergiftet gewesen sein müsse, und er erinnert sich plötzlich, wie die Wirtin beim Abschied so merkwürdig gelacht habe. Die Milch, die F.

sich zum Frühstück ins Büro mitnimmt, ist verunreinigt; Er läßt sie von seinem Arzt auf Giftstoffe untersuchen. Eines Tages reicht es im Büro nach Essenresten; damit wollen seine Kollegen ihn quälen, denn sie wissen, daß solche Gerüche ihm starke Schmerzen auf der Lunge bereiten. Und langsam kommt E. zu der festen Überzeugung, daß man ihn durch Bosheit und Gift systematisch um seinen Verstand bringen wolle.

Der in jahrelanger Dauer systematisierte Beziehungswahn hat dem Kranken allmählich die Sicherheit des Umgangs und des Ausdrucks genommen, so daß er jetzt das Bild eines selbstunsicheren, empfindsamen Menschen bietet, der auch in geselliger Umgebung einsam und wie in der Fremde ist. Kein logischer Einwand vermag seine Vorstellungswelt zu beeinflussen; und wenn die abnorme Entwicklung auch bis zu einem gewissen Punkt aus seinem Charakter, seinen Lebensverhältnissen und der widerlichen, chronischen Krankheit nach-erlebbar ist, so kann einfühlende Psychologie die wahnhaften Erlebnisse in ihrem ganzen Ausmaß schließlich doch nicht befriedigend erklären. Berücksichtigt man die im übrigen gut erhaltene, wenn auch abnorme Persönlichkeit des Kranken, die weitere schwere psychopathologische Symptome vermissen läßt, so kommt man auch hier zu der Diagnose Paranoia.

5. Der 33 jährige Viktor Göbel zeigt wieder das Bild des Eifersuchtskranken. Seit 7 Jahren ist er glücklich verheiratet, ein Kind ist drei Jahre alt. Die stille, weichherzige Veranlagung Göbels läßt ihn in seinem Beruf als Totengräber oft Mitleid mit den Trauernden empfinden, und bei den Bestattungen muß er gelegentlich weinen. Vor allem in letzter Zeit ist G. leicht niedergeschlagen und hat das Gefühl, daß ihn die Leute in der Straßenbahn so seltsam anschauen. Seit wenigen Wochen glaubt G., daß seine Frau ihm nicht mehr treu sei; als sie mit einem Bekannten einmal allein in der Wohnung war, ist ihm dieser Gedanke gekommen, den er nicht mehr losgeworden ist. Er begleitet seine Frau jeden Morgen zur Arbeit und holt sie abends ab, wobei ihm freilich nichts Besonderes auffällt. Manchmal ist er sich ganz sicher, daß seine Frau ihn betrügt, dann wieder, wenn seine Frau ihn vom Gegenteil zu überzeugen versucht, weiß er es doch

nicht so genau. Immerhin beschäftigen und quälen G. seine Eifersuchtsgedanken unausgesetzt; trifft er den fraglichen Bekannten nicht an seinem gewohnten Arbeitsplatz, so wähnt er ihn gleich bei seiner Frau und läßt sich beurlauben, um zu Hause nach dem Rechten zu sehen. Er bittet seine Mutter, auf seine Frau aufzupassen und vermutet, daß seine Frau ihm auch früher nicht treu gewesen ist.

Wenn auch G.s unbestimmtes, selbstunsicheres Wesen daran schuld ist, daß seine Eifersuchtsgedanken nicht mit jener Bestimmtheit und Gewißheit zum Ausdruck kommen, die sonst für den Paranoiker kennzeichnend sind, so gelingt es doch intensivem Zuspruch in der Klinik nicht, seinem Denken eine andere Richtung zu geben. Er ist niedergedrückt, weint vor sich hin und kann den Gedanken, daß seine Frau ihn betrügt, nicht loswerden. Auch nach der Entlassung bleibt sein Zustand unverändert.

6. Else Hoff, 46 Jahre, schildert ihren Mann als Parvenue, dem es in den Kopf gestiegen sei, daß er Karriere gemacht habe. Gelernter Dreher, hat er sich emporgearbeitet und es schließlich zu einer Maschinenfabrik gebracht. Frau H., die selber aus einfachen Verhältnissen stammt, hat sich in dem neuen Milieu nicht einleben können und glaubt, nicht mehr die richtige Frau für ihren Mann zu sein. Obwohl sie alles tue und sich restlos verausgabe, reichten ihre Kräfte einfach nicht aus. So sei es gekommen, daß ihr Mann sich nach anderen Frauen habe umsehen müssen. Zwar habe sie nie etwas Bestimmtes darüber gewußt, jetzt sei sie aber sicher, daß ihr Mann ein Verhältnis mit einer Dame aus der Schweiz habe. Bestimmte Veränderungen an der Wohnungseinrichtung haben ihr diese Erkenntnis gebracht: als sie einmal verreist war, hat ihr Mann verschiedenes an der Tür richten lassen und sich das erst frisch überzogene Bett erneut frisch überziehen lassen. "Und allein wird er sicher nicht gewesen sein, noch dazu wo die Dame eben an diesem Abend in R. war." Die Höhe der Telefonrechnung dient ihr als Beweis, daß ihr Mann ständig mit seiner Freundin telefoniere; geht er einmal abends spät noch ins Büro, so hat er wieder in die Schweiz angerufen oder sich mit der Dame getroffen. Um die andere heiraten zu können, wolle ihr Mann sie los werden; er versuche sie "fertig" zu machen und habe geäußert,

"aber das Aas geht nicht kaputt. In allen ihren Ansichten ist die Kranke völlig unbelehrbar und läßt nicht mit sich reden. Jeden Tag erscheint sie mit Zetteln, auf denen sie immer neue Vorwürfe gegen ihren Mann erhebt.

Soweit sich ihr Denken nicht mit diesen Problemen beschäftigt, erscheint ihre Persönlichkeit unversehrt.

7. Es ist schwer, mit der 43 jährigen Lehrerin Elfriede D ü h r e n s e n Kontakt zu finden. Sie ist ablehnend und mißtrauisch; länger in der Klinik, legt sie ihre anfängliche Zurückhaltung allmählich ab und bietet das Bild eines empfindsamen, dabei ehrgeizigen Menschen, dessen Sehnen nach echter mitmenschlicher Beziehung offenbar unerfüllt geblieben ist. Von ihrem Stiefvater streng erzogen, war sie als Schulkind ängstlich; sie hatte es schwer, in ihrem Beruf Fuß zu fassen. Der Nationalsozialismus brachte Fräulein D. in einen Gewissenskonflikt, in dem sie sich nicht zwischen anerzogener Überzeugung und ausgeprägtem Pflichtgefühl gegenüber Staat und Vorgesetzten entscheiden konnte. Einmal mit KZ bedroht, hatte sie von da an häufig das Gefühl, verfolgt zu werden. Wenn sie einen Polizisten sieht, meint sie, "er nimmt mich mit". Nach dem Zusammenbruch weiß Fräulein D. erst recht nicht mehr, woran sie sich halten soll, und nachdem sie von den Amerikanern dann tatsächlich drei Monate eingesperrt worden ist, traut sie sich nicht mehr unter die Leute. Durch dieses Erlebnis aufs Tiefste beschämt, fürchtet die ehrgeizige und empfindsame Lehrerin, jeder müsse ihr ansehen, daß sie im Gefängnis gesessen habe.

Schließlich fangen auch die Kollegen an, ihr Schwierigkeiten zu machen. Sie halten Fräulein D. vor, daß sie als unverheiratete Frau ihr ganzes Gehalt für sich allein verbrauchen könne, werfen ihr vor, sie habe keinen Gemeinschaftssinn, wenn sie nicht am gemeinsamen Kaffeetrinken teilnimmt. Fräulein D. hat das Gefühl, der ganze Ort mokiere sich über sie und ist ängstlich darum besorgt, ja nicht aufzufallen. Sie traut sich schon nicht mehr, ein neues Kleid anzuziehen, weil die Leute sich darüber aufregen könnten, daß sie sich schon wieder etwas Neues angeschafft habe. Über alle Kleinigkeiten, die sie als kränkend empfindet, grübelt Fräulein D. tagelang nach".

Ehrgeizig bestrebt, ihr Bestes zu geben, zweifelt sie endlich auch an dem Wert ihrer beruflichen Leistungen. Fräulein D. fürchtet, ihre Vorgesetzten hielten sie für unfähig und schwebt wochenlang in Angst vor einer Schulbesichtigung. Als der Schulrat dann überraschend erscheint, bringt sie nur unzusammenhängende Sätze hervor und bricht schließlich in Tränen aus. Auch die Entstehung dieses ausgedehnten Beziehungswahns ist aus biologischen Momenten und ursächlichen Umwelteinflüssen allein, ohne das Hinzutreten einer neuen unbekannten Kraft, der "Größe X", schwerlich verständlich zu machen.

8. Herta K ö n i g stammt aus ländlichen Verhältnissen. Sie ist 45 Jahre alt und körperlich von pyknisch-adipöser Konstitution. Im Elternhaus hat sie als "die Feine" gegolten, die sich zu etwas Besserem, zum Stadtleben berufen gefühlt hat. Frau K. war stets lebensbejahend, und wenn auch Züge von Eitelkeit, Selbstgerechtigkeit, Ehrgeiz an ihr auffallen, so hat sie sich doch nicht von anderen Menschen abgeschlossen. Sie ist früher gern mit ihrem Mann ausgegangen, wobei sie freilich nie ausgelassen lustig werden konnte. Niederschlagende Ereignisse hat Frau K. sich immer sehr zu Herzen genommen und sich dann nur schwer fassen können. Wenn sie allein war, hatte sie oft das Gefühl, vereinsamt zu sein.

Ihren ersten Verlobten, den sie sehr geliebt hat, mußte Frau K. auf Verlangen ihrer Eltern aufgeben. Sie hat ihren Mann, einen Forstangestellten, mit 23 Jahren geheiratet.

In ihrem Leben hat es schon manchmal Perioden von Verstimmungen gegeben, mit denen Frau K. nur nach langen inneren Kämpfen fertig werden konnte; so nach dem Tod ihrer Mutter, oder wenn sie längere Zeit keine Post von ihrem Mann aus dem Felde bekam, schließlich nach der Ausweisung aus ihrer Heimat im Sudetenland. Da hatte sie Angst, sie könnte in ihrer Verzweiflung ins Wasser springen. Selbstmordgedanken plagten sie und Zwangsantriebe: Sie muß öfters umkehren, um nachzusehen, ob sie die Tür verschlossen hat und erforscht immer wieder ihr Gewissen, ob sie auch über niemand etwas Schlechtes gesagt hat. Jede Kleinigkeit rechnet sie sich zur Sünde an. 1953, als Frau K. an einem

Gallenleiden erkrankt, grübelt sie ständig darüber nach und befürchtet, sterben zu müssen.

Seit sie nicht mehr mit ihrem Mann zusammen arbeitet, ist Frau K., deren Ehe kinderlos geblieben ist, viel allein zu Hause und denkt oft, ihr Mann könne sie einmal verlassen. Ihre **zwanghaften** aus dem Charakter und den Lebensumständen verständlichen Befürchtungen, den Mann zu verlieren, wandeln sich allmählich in Eifersucht um. Noch grübelt Frau K., warum sie ihrem Mann nicht das geben könne, was er vielleicht bei einer anderen Frau finden würde, als sie von ihrer Schwägerin zu erfahren vermeint, daß ihr Mann seit Jahren "nebenhinaus gene". Im gleichen Maße, in dem ihre Depressionen verschwinden, werden die wahnhaften Gedanken Gewißheit. Alle möglichen Begebenheiten werden als Beweis herangezogen: Das häufige Fehlen von Rauchfleisch im Haushalt zeigt, daß der Mann alles seinen Freundinnen bringt. Sie hat nur deswegen so oft keine Post von ihrem Mann bekommen, weil die Briefträgerin seine Geliebte ist und die Briefe abfängt. Frau K. erinnert sich, wie ihr Mann schon nach der Hochzeitsnacht zu einem Bekannten gesagt hat, seine Frau wäre zu schwach für ihn. Am Verhalten der Leute merkt Frau K., daß über sie gesprochen wird, und die Schwägerin hat gesagt, daß sie zum Gespött der Leute würde. Bei ihrem Gallenleiden seien in ihrem Blut Giftstoffe gefunden worden; mit diesen Giftstoffen habe ihr Mann sie aus dem Wege räumen wollen. Die Kranke erinnert sich, daß das Essen auf ihrem Teller eines Tages einen komischen Geruch hatte, während gleichzeitig das Essen auf dem Teller ihres Mannes gut gewesen ist. Also hat ihr der Mann etwas hineingetan, um sie zu vergiften.

Wenn Frau K. sich daraufhin auch jetzt scheiden lassen will, so braucht sie doch nicht zu befürchten, daß sie in Zukunft allein ist: Sie findet alleweil noch einen; mehrere achtbare Männer haben schon um sie angehalten.

Neben Wahneinfällen also Eigenbeziehungen und mnestiche Wahngedanken auf dem Boden einer schleichenden Persönlichkeitsentwicklung, bei der deutlich wird, wie hier der Wahn "Lückenbüßer" ist, den die Kranke "braucht, um leben zu können".

V

K o l l e fand unter 30 000 Patienten 19 "zirkumskript Wahnsinnige". Vergleicht man damit die vorliegenden Zahlen (8 von 13; 531), so ist festzustellen, daß sich seit 30 Jahren an dem Verhältnis nichts geändert hat. Es sind die Kranken, die außer ihrem Wahn kein psychopathologisch definierbares Symptom bieten und in den Grundeigenschaften und Umgriffungen ihres Erlebens, in ihrem Fühlen und Streben nicht verändert sind.

Diese Kranken lassen sich auch heute, da viele Forscher einen eigenen Krankheitsbegriff Paranoia ablehnen, nicht ohne Mühe einer anderen Krankheitsform einordnen. Daß sie extrem selten sind, hat sich erneut bestätigt; aber, so möchte ich abschließend mit K o l l e sagen, "die Seltenheit einer Krankheit ist gewiß kein zureichender Grund, sie als eigenständige Krankheitsform zu verwerfen", und "auch die radikale Abkehr von der Krankheitseinheit kann zu einem Dogma werden, das ein Feind jeder echten Erkenntnis ist".

VI

Das Gesagte läßt sich so zusammenfassen.

1. Es soll festgestellt werden, in welchem Umfang Paranoiakranke den heutigen Psychiater beschäftigen.
2. Bei der Besprechung der Literatur wird am Beispiel K r e t s c h m e r s der Versuch geschildert, den Krankheitsbegriff Paranoia aufzulösen und den Paranoiker anderen psychiatrischen Ordnungsschemen einzufügen.
3. Demgegenüber findet sich in der krankhaft veränderten Wahrnehmungsfunktion das phänomenologische Kriterium, das die Beibehaltung der Krankheitseinheit Paranoia vom psychopathologischen Standpunkt aus gestattet.

4. Es wird die Methode erläutert, nach der ein Teil des Materials der Münchener Nervenlinik nach solchen Paranoiakranken zu durchforschen ist.
5. Im Zeitraum von 3 Jahren finden sich 8 Paranoiker, von denen einer das Syndrom des Liebeswahns, 2 das des sensitiven Beziehungswahns und 5 das Bild des Eifersuchtwahns zeigen.
6. Es wird festgestellt, daß diese Ergebnisse mit den früheren Untersuchungen K o l l e s übereinstimmen, wonach die Beibehaltung des Krankheitsbegriffs Paranoia auch vom klinischen Gesichtspunkt aus gerechtfertigt erscheint.

L I T E R A T U R

- B i n s w a n g e r, L.: Verstehen und Erklären in der Psychologie, Z. Neurol. 107, 655 (1927)
- B l e u l e r, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 6.Aufl., Berlin 1937
- G a u p p, R.: Die Psychologie des Massenmords, Hauptlehrer Wagner von Degerloch, Berlin 1914
- G a u p p, R.: Zur Lehre von der Paranoia, Z.Neur. 174, 762 (1942)
- G r u h l e, H.W.: Die Schizophrenie. Die Psychopathologie. Handb. Geisteskrankh.IX. Berlin 1932
- G r u h l e, H.W.: Über den Wahn, Nervenarzt 22, 125 (1951)
- J a n z a r i k, W.: Die "Paranoia Gaupp". Z.Neur.183, 328 (1950)
- J a s p e r s, K.: Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage "Entwicklung einer Persönlichkeit" oder "Prozeß". Z.Neur.1, 567 (1910)
- J a s p e r s, K.: Allgemeine Psychopathologie. 1.Aufl. Berlin 1913
- K a h l b a u m:' zit. n. G a u p p
- K e h r e r: Erotische Wahnbildungen sexuell un-

- befriedigter weiblicher Wesen. Arch. Psychiatr. 65 (1922)
- Kleist, K.: Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig 1908
- Kolle, K.: Die primäre Verrücktheit, Leipzig 1931
- Kolle, K.: Über Querulanten, Berlin 1931
- Kolle, K.: Über paranoische Psychopathen. Z. Neur. 136 (1931)
- Kolle, K.: Paraphrenie und Paranoia. Fortschr. Neur. 3 (1931)
- Kolle, K.: Paranoische Haftreaktionen. Allg. Z. Psychiatr. 124, 327 (1949)
- Kolle, K.: Der Wahnkranke im Lichte alter und neuer Psychopathologie. Stuttgart 1957
- Kraepelin, E.: Psychiatrie. 7. Aufl. Leipzig 1904
- Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn, 2. Aufl. Berlin 1927, 3. Aufl. 1950
- Matussek, P.: Untersuchungen über die Wahrnehmung. I. Mitt. Arch. Psychiatr. 189, 279 (1952). II. Mitt. Schweiz. Arch. Neur. u. Psychiatr. 71, 189 (1953)

N e i ß e r, C.: zit. n. K o l l e

S a n d e r: Arch.f.Psychiatr. 1, 387

S c h n e i d e r, K.: Klinische Psychopathologie. 3.Aufl.
Stuttgart 1950

S c h n e i d e r, K.: Über den Wahn. Stuttgart 1952

S n e l l: Allg. Zeitschr.f.Psychiatr. 22, 368

W e r n i c k e, C.: Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl.
Leipzig 1906

- - - - -

Ich danke Herrn Professor Dr. K. Kolle für das wohlwollende Interesse, mit dem er mein Arbeiten begleitet hat.

LEBENS LAUF

Ich, Walter Jaesche, bin am 28. April 1934 als Sohn des praktischen Arztes Dr. Arthur Jaesche und seiner Ehefrau Melly, geb. Rid, in Gleiwitz O/S geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Tost, Kreis Tost - Gleiwitz. Ein Jahr war ich Schüler der Oberschule Groß-Strehlitz und nach der zwangsweisen Aussiedlung aus Oberschlesien Schüler der Oberschulen in Kaufbeuren, ab 1946 in Mindelheim.

Nach dem Abitur 1951 studierte ich in München zwei Semester Rechtswissenschaft und anschließend Medizin.

Das medizinische Staatsexamen habe ich am 3. Dezember 1957 in München bestanden.

